

BỘ Y TẾ  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN



VƯƠNG THỊ HỒNG HẢI

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ  
TĂNG HUYẾT ÁP BẰNG THUỐC  
ENALAPRIL VÀ NIFEDIINE  
TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

THÁI NGUYÊN NĂM 2007

BỘ Y TẾ  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN



VƯƠNG THỊ HỒNG HẢI

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ  
TĂNG HUYẾT ÁP BẰNG THUỐC  
ENALAPRIL VÀ NIFEDIINE  
TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN**

CHUYÊN NGÀNH : NỘI TỔNG HỢP  
MÃ SỐ : 60 72 20

Hướng dẫn khoa học : TS Dương Hồng Thái

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

THÁI NGUYÊN NĂM 2007

## MỤC LỤC

	Trang
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: Tổng quan	3
1.1. Định nghĩa và phân loại tăng huyết áp	3
1.2. Dịch tễ học bệnh tăng huyết áp	4
1.3. Cơ chế bệnh sinh của THA	5
1.4. Các yếu tố nguy cơ của bệnh THA	7
1.5. Các biến chứng thường gặp của bệnh tăng huyết áp	10
1.6. Điều trị THA	10
1.7. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị	18
1.8. Tình hình kiểm soát và ĐTB THA trên thế giới và ở Việt Nam	19
CHƯƠNG 2 : Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	23
2.3. Phương pháp nghiên cứu	23
2.4. Mô hình nghiên cứu	25
2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu	26
2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu	27
2.7. Phương pháp không chế sai số	30
2.8. Vật liệu nghiên cứu	31
2.9. Phân tích và xử lý số liệu	31
CHƯƠNG 3: kết quả nghiên cứu	32
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu	32
3.2. Kết quả điều trị THA bằng Enalapril và Nifedipil	38
3.3. Đánh giá kết quả điều trị theo một số yếu tố ảnh hưởng	43
CHƯƠNG 4: bàn luận	51
4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu	51
4.2. Kết quả điều trị	55
4.3. Đánh giá kết quả điều trị theo một số yếu tố ảnh hưởng	64
KẾT LUẬN	65
KIẾN NGHỊ	67
TÀI LIỆU THAM KHẢO, PHỤ LỤC.	

## NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUÂN VĂN

BMI :	Chỉ số khối cơ thể (Body-Mass Index)
CT :	Cholesterol toàn phần
ĐTĐ :	Đái tháo đường
HATT :	Huyết áp tâm thu
HTTr :	Huyết áp tâm trương
HATB:	Huyết áp trung bình
HDL:	Hight Density Lipoprotein (Lipoprotein có tỷ trọng cao)
HDL-C	Hight Density Lipoprotein - Cholesterol
ISH:	International Society Hypertension
JNS VII:	Seventh Report of the Joint National Comittee
LDL:	Low Density Lipoprotein (Lipoprotein có tỷ trọng thấp )
LDL-C	Low Density Lipoprotein - Cholesterol
SGOT:	Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase
SGPT:	Serum Glutamic Pyruvic Transaminase
TBMMN:	Tai biến mạch máu não
TG:	Triglycerid
THA:	Tăng huyết áp
VLDL:	Very low Density Lipoprotein (Lipoprotein có tỷ trọng rất thấp )
WHO:	World Health Oganization (Tổ chức y tế thế giới )

## LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ quý báu của các tổ chức, cá nhân, đồng nghiệp và bạn bè. Tôi xin trân trọng cảm ơn :

- Ban giám hiệu, Phòng đào tạo khoa sau đại học, Bộ môn Nội trường đại học Y - Dược Thái Nguyên đã cho phép và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập.

- Ban chấp hành Đảng uỷ, Ban giám đốc, Khoa Thăm dò chức năng, Khoa Xét nghiệm, đặc biệt là Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên đã cho phép và tạo điều kiện thuận lợi để tôi hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Tiến sỹ Dương Hồng Thái, trưởng bộ môn Nội - người thầy đã thường xuyên hướng dẫn, giúp đỡ tôi suốt quá trình học tập và nghiên cứu đề tài này.

Tôi xin cảm ơn các giáo sư, tiến sỹ, các nhà khoa học trong hội đồng đã nhiệt tình chỉ bảo giúp đỡ để tôi hoàn thành luận văn tốt nghiệp này.

Cuối cùng, tôi xin chân thành cảm ơn các bạn bè, đồng nghiệp và gia đình đã động viên giúp đỡ và tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong quá trình học tập.

Xin trân trọng cảm ơn !

Thái Nguyên, ngày 26 tháng 11 năm 2007

Tác giả

Vương Thị Hồng Hải

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh tim mạch thường gặp và đã trở thành mối quan tâm hàng đầu của nền y học thế giới với tần suất mắc bệnh ngày càng gia tăng.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới vào năm 2000, số người tăng huyết áp chiếm khoảng 26,4% dân số toàn thế giới và dự tính sẽ tăng lên 29,2% vào năm 2025 [3]. Năm 2003 theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới/Hội THA quốc tế (WHO/ISH0) thì tăng huyết áp đứng hàng thứ tư trong số sáu yếu tố nguy cơ chính (xếp theo thứ tự giảm dần là thiếu cân, tình dục không an toàn, nguồn nước sinh hoạt bẩn, tăng huyết áp, hút thuốc lá và uống rượu) chi phối gánh nặng bệnh tật toàn cầu [47].

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về dịch tễ học tăng huyết áp cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đang có xu hướng tăng nhanh khi nền kinh tế ngày càng phát triển. Theo các số liệu điều tra cho thấy năm 1960 bệnh THA chỉ chiếm 1% dân số, thì đến năm 2002 trên cộng đồng miền Bắc đã là 16,3%, thành phố Hồ Chí Minh năm 2004 là 20,5%, trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân THA được điều trị chỉ chiếm 11,49%, còn gần 90% bệnh nhân THA vẫn chưa được điều trị [1], [4], [22], [23].

Tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên tỷ lệ mắc bệnh trong những năm gần đây ngày càng gia tăng. Theo thống kê của bệnh viện từ năm 2004 đến năm 2005 tỷ lệ mắc bệnh THA so với các bệnh nội khoa là: 20,93% - 23%

Tăng huyết áp là một bệnh mãn tính, mà phần lớn không tìm thấy nguyên nhân, bệnh tiến triển “thầm lặng” không có triệu chứng, nhưng gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, nếu không gây chết người thì cũng để lại nhiều di chứng nặng nề (tai biến mạch máu não, suy tim...) ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Ở nước ta, tỷ lệ bệnh nhân

không biết bị bệnh hoặc đã biết bị bệnh, nhưng chưa được điều trị hoặc điều trị chưa đúng vẫn còn chiếm tỷ lệ cao. Để góp phần hạn chế các biến chứng của bệnh, giảm tỷ lệ bệnh nhân THA phải tái nhập viện, thì việc giáo dục sức khỏe thường xuyên và điều trị liên tục nhằm kiểm soát để đạt được huyết áp mục tiêu cho bệnh nhân bị tăng huyết áp tại cộng đồng là một vấn đề rất quan trọng. Vì vậy công tác điều trị ngoại trú đối với bệnh nhân THA là chủ yếu và vô cùng cần thiết. Để kiểm soát có hiệu quả bệnh Tăng huyết áp ngoài việc thay đổi lối sống, thói quen sinh hoạt...thì việc điều trị bằng thuốc đóng một vai trò rất quan trọng. Nhằm từng bước hiểu rõ tác dụng của thuốc hạ huyết áp đối với người bệnh, để nâng cao hiệu quả trong công tác điều trị ngoại trú. Chúng tôi đã tiến hành đề tài: “Nghiên cứu kết quả điều trị ngoại trú tăng huyết áp bằng Enalapril và Nifedipine tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên” với mục tiêu sau:

- 1- Đánh giá kết quả điều trị của Enalapril và Nifedipine trên bệnh nhân tăng huyết áp vô căn độ II.

- 2- Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị tăng huyết áp ngoại trú.

# CHƯƠNG 1

## TỔNG QUAN

### 1.1. Định nghĩa, phân loại bệnh Tăng huyết áp

#### 1.1.1. Định nghĩa bệnh Tăng huyết áp

Cho đến nay, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hội Tăng huyết áp quốc tế (ISH), Liên uỷ ban quốc gia về tăng huyết áp của Hoa Kỳ (JNC) đã thống nhất đưa ra định nghĩa về tăng huyết áp như sau: *Tăng huyết áp được xác định khi huyết áp tâm thu = 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương = 90 mmHg* [29], [37], [46].

#### 1.1.2. Phân loại tăng huyết áp

Để phù hợp với thực tiễn hiện nay, Hội Tim Mạch học Việt nam khuyến khích sử dụng bảng phân độ THA theo JNC-VI (1997) và WHO/ISH 2003 [29].

Bảng 1.1. Phân độ tăng huyết áp (WHO/ISH 2003 và JNC-VI)

Khái niệm	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
HA tối ưu	<120		<80
HA bình thường	120-129	Và	80-84
HA bình thường - cao	130-139	Và	85 - 89
THA			
THA độ I	140 - 159	Và/ hoặc	90 - 99
THA độ II	160 - 179	Và/ hoặc	100 - 109
THA độ III	= 180	Và/ hoặc	= 110

\* Khi huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương nằm ở hai mức độ khác nhau, chọn mức độ cao hơn để xếp loại.

\* Tăng huyết áp tâm thu đơn độc cũng được đánh giá theo mức độ 1, 2 hay 3 theo giá trị của huyết áp tâm thu nếu huyết áp tâm trương < 90 mmHg.

### 1.2. Dịch tễ học bệnh tăng huyết áp



Tăng huyết áp là một bệnh hay gặp nhất trong số các bệnh lý tim mạch ở tất cả các nước trên thế giới. Theo tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ THA thay đổi ở từng nước qua các năm: Mỹ (2004) là 29%, ở Anh (2006) là 40%, ở Canada (2007) là 25% và ở Ai Cập (2006) là 26,3% và năm 2003 ở Ý là 37,7%, Thụy Điển là 38,4%, Phần Lan là 48,7%, còn ở Đức là 55,3% [29].

**Bảng 1.2. Một số nghiên cứu về tình hình THA ở Việt Nam và trên thế giới (2000- 2005) [1]**

Tác giả, nước, năm công bố	Độ tuổi (năm); cỡ mẫu ( người)	Tỷ lệ mắc%
Stein A.D, Bulgari 2000.	18-64; 1618	
Nam	847	58
Nữ	771	24
Gibby RCC et al, Philipines 2000	= 30; 336	23
Welch VLL et al India 2000	= 25; 1370	31
Renata C, Czech 2000-2001	= 25; 11726	39,1
Gu D et al, China 2002	35 – 74; 15540	27,2
Shapo L et at, Albania 2003	= 25; 1120	31.8
Lim T O et al. Malaysia 2004	= 30; 21391	32,9
Glover MJ et al, United States 2005	= 20; 12000	28,6
Phạm gia Khải và CS (HN) 2000	= 16; 7610	21,4
Phạm gia Khải và CS ( Miền BắcVN) 2003	= 25; 5012	16,32

Các cuộc điều tra về dịch tễ học tại Việt Nam trong những năm gần đây cho thấy bệnh có chiều hướng gia tăng: Năm 1992 tỷ lệ mắc THA trên toàn quốc là 11,7%, năm 1999 tỷ lệ THA là 16,05%. Tại thành phố Hà Nội (2002) là 23,2%, tại cộng đồng Miền Bắc Việt Nam (2003) là 16,3%, Thành phố Hồ Chí Minh (2004) là 20,5% [22], [23], phía Bắc Bình Định (2006) là 34,33% [28].

Theo dự báo của Tổ chức Y tế Thế giới (2000) ước tính tỷ lệ bệnh THA trên thế giới năm 2000 là 26,4% (một tỷ người mắc) sẽ tăng lên 29,2% (1,5 tỷ người mắc) vào năm 2025 [1], [3], [47].

### **1.3. Cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp nguyên phát**

Trong hơn 30 năm gần đây các nhà sinh lý và lâm sàng tim mạch đã cố gắng nghiên cứu, tìm hiểu để giải thích cơ chế bệnh sinh của THA. Dưới đây là một số vấn đề về cơ chế đã được công nhận trong bệnh sinh của THA [24], [25].

#### **\* Tăng hoạt động thần kinh giao cảm**

Khi tăng hoạt tính hệ thần kinh giao cảm, sẽ làm tăng hoạt động của tim, dẫn đến tăng tần số tim và cung lượng tim. Đồng thời sẽ gây ra phản xạ co thắt toàn bộ hệ thống động mạch ngoại vi và động mạch thận làm tăng sức cản ngoại vi dẫn đến hậu quả là THA động mạch.

#### **\* Vai trò của hệ Renin – Angiotensin – Aldosterol (RAA)**

Renin là một Enzym do các tế bào tổ chức cạnh cầu thận và một số tổ chức khác tiết ra khi có các yếu tố kích thích: Các tế bào cơ trơn trên thành mao mạch đến của tiểu cầu thận chịu trách nhiệm nhận cảm áp lực của động mạch tiểu cầu thận, kích thích các tế bào cạnh tiểu cầu thận tiết ra Renin để điều hoà huyết áp, duy trì áp lực lọc ở tiểu cầu thận. Yếu tố kích thích tiết Renin là nồng độ muối trong huyết tương và kích thích thụ cảm thể  $\beta$  Adrenergic, khi Renin được tiết ra, sẽ chuyển  $\alpha_2$  Globulin (được tổng hợp từ gan) với tên gọi là Angiotensinogen (có 14 acid amin) thành Angiotensin I (là peptit có 10 Acid amin) tuần hoàn trong máu lên tuần hoàn phổi, tại phổi tách khỏi chất vận chuyển rồi cắt đi 2 Acid amin nhờ hệ Enzym chuyển ở phổi (Converting Enzym) còn lại 8 gam Acid amin được gọi là Angiotensin II, Angiotensin II có khả năng:

- Kích thích vỏ thượng thận tăng tiết Aldosterol gây tăng giữ nước và muối.